**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul,.................................................................., domiciliat în.........................................................................., vă rog să-mi eliberați un document necesar pentru eliberarea certificatului medical de către medicul de famlie pe perioada de izolare la domiciliu.

Anexez documentele necesare:

* Declarație pe proprie răspundere
* Copie CI/BI

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| Data........................................................................ |  |
|  |  |
| Semnătura............................................................. |  |
|  |  |
|  |  |

Domnului Director al D.S.P. Dâmbovița